予 防 接 種 依 頼 書 発 行 願 い

<table>
<tr><td rowspan="3">被
接
種
者</td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td><td>年　齢</td><td>歳　　か月</td></tr>
<tr><td colspan="2">予 防 接 種
の 種 類</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">接種を希望する医療機関名又は市町村名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">依頼書発行の理由

該当する番号を〇で囲んでください。</td><td colspan="3">1　予防接種要注意者紹介制度により接種を受けるため
　添付書類…紹介状の写し等

2　他市町村に長期滞在のため
　滞在予定期間（　　）
　滞在理由　　（　　）
　滞在先住所　（　　）
　〃　電話　（　　）

3　その他の理由　（　　）</td></tr>
</table>

上記について，予防接種依頼書の発行をお願いします。

令和　　年　　月　　日

水戸市長　様

依頼者　　保護者住所

保護者氏名

電 話 番 号

住民票確認済	依頼先確認済